

新旧の欄は変更があった箇所のみ記載してください。

## 子ども医療費助成資格内容等変更届

フリガナ		スズ ハナコ		生年月日		令和 ○年 ○月 ○日	
子ども氏名		珠洲 花子					
新				旧			
子ども	氏名			氏名			
	住所	珠洲市上戸町北方○字○番地○		住所	珠洲市飯田町○-△		
保護者	氏名			氏名			
	住所	珠洲市上戸町北方○字○番地○		住所	珠洲市飯田町○-△		
加入保険	被保険者氏名	珠洲 太郎		被保険者氏名	珠洲 花子		
	記号番号	○○○○○-○○○○○		記号番号	珠○○○○-○○○○○		
	保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部		保険者名称	珠洲市		
	所在地	○○市○○町○-○		所在地	珠洲市上戸町北方1-6-2		
	資格取得日	令和 ○年 ○月 ○日					
	証発行日	令和 ○年 ○月 ○日					
振込先	金融機関名	銀行 支店		金融機関名	銀行 支店		
	口座番号	(普・当)		口座番号	(普・当)		
	フリガナ			フリガナ			
	口座名義			口座名義			
	変更日	年 月 日					
上記のとおり、変更が生じたので、助成資格証を添えて申請します。							
令和 ○年 ○月 ○日							
申請者 住所 珠洲市上戸町北方○字○番地の○							
氏名 珠洲 太郎 (印)							
珠洲市長 (自署の場合、押印不要)							
登録番号				変更日		年 月 日	